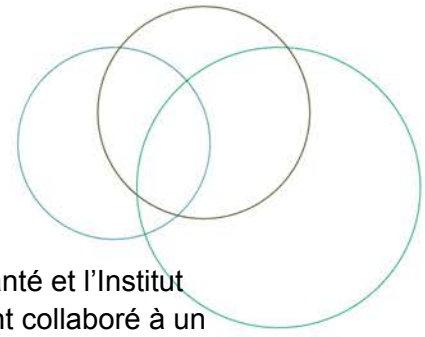




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR  
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

# Infections post-intervention



## REMERCIEMENTS

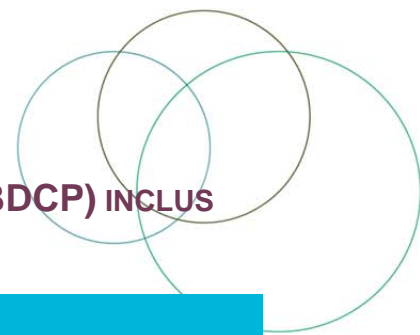


L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources fondées sur des données probantes qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

L'institut canadien pour la sécurité des patients tient à remercier et à souligner l'importante contribution du Dr Claude Laflamme, MD, FRCPC, pour la révision et l'approbation de cette Ressource d'amélioration.

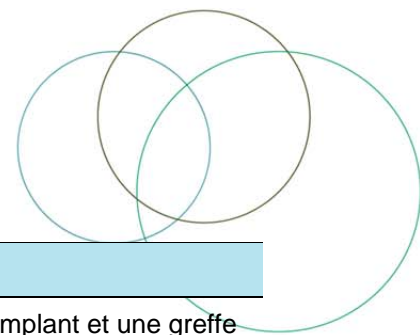




**CODES DE BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) INCLUS  
DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :**

B13 : Infections post-intervention					
<b>Concept</b>	Infections liées à une intervention médicale ou chirurgicale.				
<b>Remarques</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les infections post-intervention dues au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) ou aux entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) peuvent également être classées dans le groupe B18 : Infections à <i>Clostridium difficile</i>, à SARM ou aux ERV.</li> <li>2. Ce groupe clinique exclut les infections des voies urinaires, les gastroentérites, les pneumonies et les pneumonies par aspiration (voir les groupes B12 : Infections des voies urinaires; B14 : Gastroentérite; B15 : Pneumonie; et B16 : Pneumonie par aspiration).</li> <li>3. Ce groupe clinique peut inclure les réactions inflammatoires en l'absence d'infection.</li> </ol>				
<b>Critères de sélection</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">O86.002</td> <td>Code inscrit comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)</td> </tr> <tr> <td>T80.2 T81.4 T82.6 T82.7– T83.6 T84.5– T84.6– T84.7 T85.7 T87.0*1 T87.1*1 T87.201 T87.4–</td> <td>Code inscrit comme diagnostic de type (2) <b>ET</b> code du bloc Y60-Y84 <b>avec le même indicateur de série</b></td> </tr> </table>	O86.002	Code inscrit comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)	T80.2 T81.4 T82.6 T82.7– T83.6 T84.5– T84.6– T84.7 T85.7 T87.0*1 T87.1*1 T87.201 T87.4–	Code inscrit comme diagnostic de type (2) <b>ET</b> code du bloc Y60-Y84 <b>avec le même indicateur de série</b>
O86.002	Code inscrit comme diagnostic de type (M), (1), (2), (W), (X) ou (Y)				
T80.2 T81.4 T82.6 T82.7– T83.6 T84.5– T84.6– T84.7 T85.7 T87.0*1 T87.1*1 T87.201 T87.4–	Code inscrit comme diagnostic de type (2) <b>ET</b> code du bloc Y60-Y84 <b>avec le même indicateur de série</b>				
<b>Exclusions</b>	Incidents associés au même indicateur de série que celui inscrit à B12 : Infections des voies urinaires, B14 : Gastroentérite, B15 : Pneumonie et B16 : Pneumonie par aspiration				
<b>Codes</b>	<b>Description des codes</b>				
<b>O86.002</b>	Infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale, accouchement, avec mention de complications postpartum				
<b>T80.2</b>	Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion				
<b>T81.4</b>	Infection après une procédure, non classée ailleurs				
<b>T82.6</b>	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse valvulaire cardiaque				
<b>T82.7–</b>	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires				

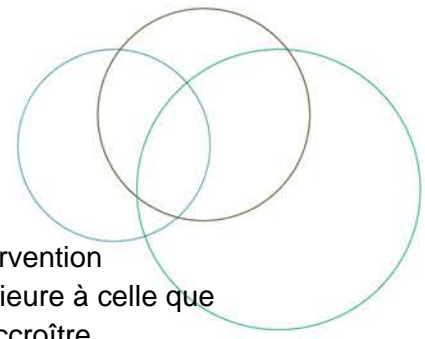




Codes	Description des codes
T83.6	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse, un implant et une greffe de l'appareil génital
T84.5–	Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne
T84.6–	Infection et réaction inflammatoire dues à un appareil de fixation interne [toute localisation]
T84.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes orthopédiques internes
T85.7	Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes internes
T87.0*1	Complication d'une réimplantation de (ou d'une partie de) membre supérieur, infection
T87.1*1	Complication d'une réimplantation de (ou d'une partie de) membre inférieur, infection
T87.201	Infection d'une réimplantation d'une autre partie du corps
T87.4–	Infection d'un moignon d'amputation
<b>Codes additionnels</b>	
<b>Inclusions</b>	
Y60-Y84	Complications de soins médicaux et chirurgicaux (voir l'annexe 6)

Pour la description des codes de causes externes associés aux complications de soins médicaux ou chirurgicaux (Y60-Y84), veuillez consulter les notes techniques : [Indicateur Préjudices à l'hôpital : Annexes du Répertoire des indicateurs](#)





## SURVOL ET IMPLICATIONS

Une infection post-intervention est associée à un acte médical ou à une intervention chirurgicale et découle d'une colonisation par une charge bactérienne supérieure à celle que le système immunitaire est en mesure de gérer. Ce genre d'infection peut accroître considérablement les coûts, la morbidité et même la mortalité.

Les infections du site opératoire sont généralement causées par le staphylocoque, le streptocoque et le pseudomonas. Toute intervention chirurgicale qui provoque une rupture de la peau ou d'une muqueuse peut entraîner une infection postopératoire. Les infections du site opératoire sont une cause fréquente de morbidité après une intervention chirurgicale. Il a aussi été démontré que les infections du site opératoire accroissent la mortalité, le taux de réadmission et le fardeau financier des patients, et prolongent l'hospitalisation. Aux États Unis, le taux d'infection du site opératoire se situe entre 2 % et 3 % en moyenne pour les interventions propres (catégorie I, Propre, selon la définition des CDC), et l'on estime que 40 % à 60 % de ces infections sont évitables. L'infection du site opératoire est l'infection associée aux soins de santé la plus courante chez les patients opérés, 77 % des décès de patients déclarés ont été liés à une infection (Cataife et coll., 2014).

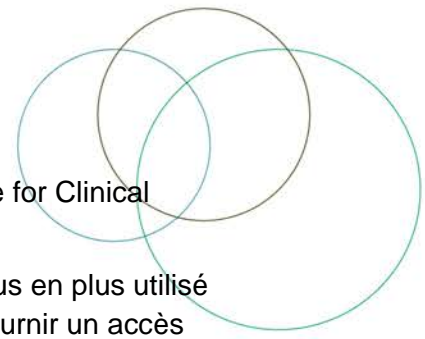
Dans les pays occidentaux, de 2 % à 5 % des patients qui subissent une intervention chirurgicale propre et jusqu'à 20 % des patients opérés dans la région intra abdominale contractent une infection du site opératoire (Auerbach, 2011). Les patients opérés sont deux fois plus à risque de mourir, passent 60 % de temps de plus à l'unité de soins intensifs et sont cinq fois plus susceptibles d'être admis de nouveau à l'hôpital après leur congé initial (Kirkland et coll., 1999). Ces infections donnent lieu à 3,7 millions de jours d'hospitalisation supplémentaires et à des frais d'hospitalisation excédentaires de 1,6 à 3 milliards de dollars américains par an (Kirkland et coll., 1999; Martone et coll., 2001).

Les remplacements du genou et de la hanche sont deux des opérations les plus couramment effectuées aux États Unis, plus de 1,1 million de ces interventions combinées étant réalisées chaque année. On estime que 6 000 à 20 000 infections du site opératoire se déclarent chaque année aux États Unis après un remplacement du genou ou de la hanche et l'on s'attend à ce que ces chiffres augmentent (Hussaini, Martin, 2013).

**L'endocardite infectieuse** est une infection de l'endocarde qui touche particulièrement les valves cardiaques; elle est principalement causée par des bactéries, mais elle est parfois due à d'autres agents infectieux. Elle peut être causée par plusieurs organismes distincts, dont beaucoup peuvent passer dans le sang au cours d'une opération (Centre for Clinical Practice au National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2008). L'endocardite infectieuse touche souvent les patients âgés, qui la contractent fréquemment à la suite d'une procédure liée aux soins de santé. Elle peut se manifester chez des patients sans valvulopathie antérieure connue ou dotés de valves prothétiques (Habib et coll., 2009).

L'endocardite est une affection rare, dont l'incidence annuelle est de moins de 10 cas sur 100 000 dans l'ensemble de la population. Malgré les progrès réalisés en matière de diagnostic et de traitement, elle demeure une maladie mettant en danger la vie du patient,





présentant un taux élevé de mortalité (environ 20 %) et de morbidité (Centre for Clinical Practice au NICE, 2008).

**Infections liées au cathéter central** : Le cathéter veineux central est de plus en plus utilisé dans le milieu hospitalier et les services de consultations externes afin de fournir un accès veineux de longue durée. Il affecte l'intégrité de la peau et peut causer des infections bactériennes ou des mycoses. L'infection peut se répandre dans la circulation sanguine, provoquant des changements hémodynamiques et des défaillances au niveau des organes (septicémie grave) qui peuvent entraîner la mort. Environ 90 % des infections du sang liées au cathéter central se produisent en cas d'utilisation d'un cathéter veineux central. Les infections du sang peuvent aussi se produire en association avec un cathéter artériel (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2012).

Dans 48 % des cas, les patients des unités de soins intensifs aux États Unis sont munis d'un cathéter veineux central, ce qui représente 15 millions de jours cathéter-veineux-central par an. Des études sur les infections du sang liées aux cathéters qui vérifient la gravité sous jacente de la maladie indiquent que la mortalité attribuable à ces infections varie entre 4 % et 20 %. On estime donc que 500 à 4 000 patients aux États Unis meurent chaque année des suites d'une infection du sang. Les infections du sang nosocomiales prolongent l'hospitalisation en moyenne de sept jours. On estime que le coût associé à une infection du sang se situe entre 3 700 \$ US et 29 000 \$ US. Il n'existe aucune donnée canadienne équivalente sur le fardeau financier associé à la maladie (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2012).

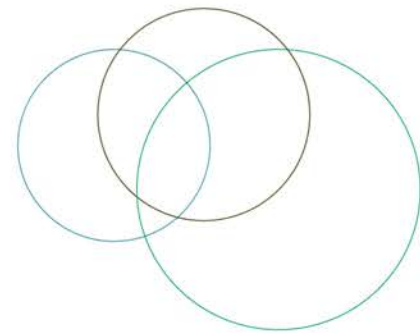
## OBJECTIF

Prévenir les infections post-intervention et les décès chez les patients hospitalisés en mettant en œuvre des soins liés aux interventions fiables basés sur des données probantes pour tous les patients qui subissent une intervention invasive.

## IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Lorsqu'un patient contracte une infection à la suite d'une opération, cela retarde la guérison, prolonge la durée de séjour et accroît le risque de préjudice et de réadmission. En mettant en œuvre des interventions appropriées, les patients sont davantage en sécurité et rentrent chez eux plus rapidement (Improvement map du Institute for Healthcare Improvement [IHI]). La plupart des patients opérés s'en sortent bien, mais environ trois patients sur cent contractent une infection. Cela peut entraîner d'autres problèmes, comme une prolongation de l'hospitalisation et, rarement, un décès d'origine infectieuse (IHI, Prevent surgical site infections, 2012).





## Récit de patient

L'histoire de Ginny (Health Care For All, 2008)

Une infection nosocomiale évitable a changé à tout jamais la vie de Ginny.

Un cas, c'est déjà trop : perspective du patient sur les données sur les infections (IHI)

Une patiente opérée ayant contracté une infection due au SARM après une arthroplastie du genou décrit les répercussions de l'infection du site opératoire sur sa vie et comment son expérience a incité ses fournisseurs de soins de santé à effectuer des changements afin de prévenir les infections du site opératoire.

## PRATIQUES ÉCLAIRÉES PAR DES DONNÉES PROBANTES

### Prévention des infections liées aux soins de santé

1. Pratiques de routine et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins (Agence de la santé publique du Canada, 2012).

Des renseignements détaillés sur les pratiques de routine et les précautions supplémentaires sont fournis par l'Agence de la santé publique du Canada.

### Prévention des infections du site opératoire

*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (2014) – Quatre éléments clés de soins périopératoires sûrs :

1. Traitement antimicrobien périopératoire.
  - a. Utilisation appropriée d'antibioprophylaxie.
  - b. Prophylaxie antiseptique.
2. Épilation appropriée.
3. Maintien du contrôle de la glycémie périopératoire.
4. Normothermie périopératoire.

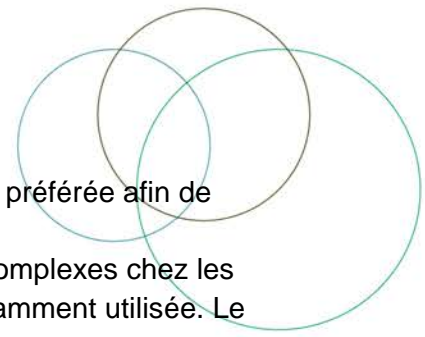
Des informations détaillées relatives aux quatre principaux composants ci-dessus sont disponibles dans la [Trousse de départ sur les infections du site opératoire \(ISO\)](#) *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (2014).

### Prévention des infections associées à un cathéter central

*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Ensemble de mesures liées à l'insertion du cathéter (2012) :

1. Hygiène des mains.
2. Les précautions de barrière maximale.
3. La désinfection cutanée à la chlorhexidine.
4. La sélection optimale du type de cathéter et du site d'insertion.





- a. Éviter la veine fémorale chez les adultes; la sous clavière est préférée afin de réduire au minimum le risque d'infection.
- b. Les choix optimaux du type de cathéter et du site sont plus complexes chez les enfants – la veine jugulaire interne ou fémorale est plus couramment utilisée. Le choix du site chez les enfants doit être individualisé.

*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Ensemble de mesures liées à l'insertion du cathéter (2012)

1. Évaluer quotidiennement si le cathéter est toujours requis et retirer rapidement les cathéters qui ne le sont plus.
2. Accès aseptique aux lumières du cathéter.
3. Soins liés au site d'insertion et entretien des tubulures.

Des renseignements détaillés sur les quatre éléments clés susmentionnés sont disponibles dans la [Trousse En avant sur la prévention des infections liées au cathéter central](#) *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (2012).

### **Prévention des infections du site opératoire en cas d'arthroplastie de la hanche et du genou**

(IHI, 2012; Anderson, 2014; *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, Infections du site opératoire, 2014)

Il existe trois interventions basées sur des données probantes pour la prévention des infections du site opératoire en cas d'arthroplastie de la hanche et du genou :

1. Utiliser un agent antiseptique alcoolisé pour préparer la peau avant l'opération.
2. Aviser le patient de prendre un bain ou une douche au moyen de savon au gluconate de chlorhexidine la veille et le matin de l'opération.
3. Le dépistage du staphylocoque doré et son élimination chez les patients devant subir une intervention au moyen d'un agent antistaphylococcique dans le cadre préopératoire en cas d'interventions à risque élevé, notamment certaines opérations orthopédiques et cardio-thoraciques, a été proposée et appuyée par la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Un onguent nasal à la mupirocine ainsi qu'un savon à la chlorhexidine permettent d'éliminer presque entièrement le staphylocoque doré de la région nasale.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la pratique prophylactique en cas d'infection des articulations périprothétiques, consultez les comptes rendus de la réunion de consensus international sur les infections des articulations périprothétiques: [Proceedings of the International Consensus Meeting on Periprosthetic Joint Infection](#) (Parvizi, Gehrke, Chen, 2013).







### Prévention de l'endocardite infectieuse

- Un compte rendu ciblé traitant exclusivement des modifications apportées aux recommandations touchant la prophylaxie antibiotique contre l'endocardite infectieuse chez les patients atteints de cardiopathie valvulaire est fourni dans [ACC/AHA 2008 Guideline Update on Valvular Heart Disease](#) (Nishimura et coll., 2008).
- Les [2008 Guidelines of the American College of Cardiology/American Heart Association for the Management of Adults with Congenital Heart Disease](#) formulent des recommandations concernant la prévention de l'endocardite infectieuse et la prophylaxie relative à l'endocardite (Warnes et coll., 2008).
- Le Centre for Clinical Practice, au National Institute for Health and Clinical Excellence (R.-U.) (2008), a établi des directives concernant l'utilisation d'une [prophylaxie antimicrobienne contre l'endocardite infectieuse](#) chez les adultes et les enfants opérés.

### Prévention et gestion des plaies chirurgicales ouvertes

(Orsted et coll., 2010)

*Cause :*

1. Effectuer une évaluation complète afin de déterminer les facteurs susceptibles d'entraver la cicatrisation de la plaie chirurgicale pendant les phases préopératoire, peropératoire et postopératoire.
2. Établir un plan de traitement pour éliminer ou atténuer les facteurs susceptibles d'entraver la cicatrisation de la plaie chirurgicale pendant les phases de soins préopératoires, peropératoires et postopératoires.

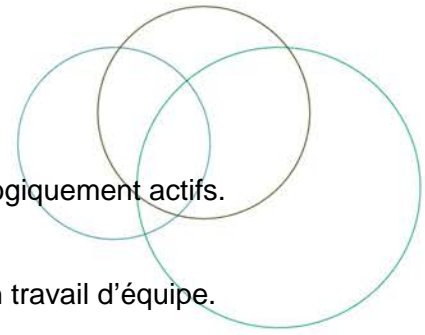
*Préoccupations axées sur le patient :*

3. Inclure le patient, la famille ou l'aidant dans l'équipe lors de l'élaboration de plans de soins.
4. Informer le patient, la famille ou l'aidant afin d'optimiser la cicatrisation de la plaie chirurgicale.
5. Évaluer la plaie chirurgicale et consigner les résultats au moyen d'une approche normalisée.
6. Débrider la plaie chirurgicale en la débarrassant des tissus nécrosés.
7. Exclure la possibilité d'une infection du site opératoire ou la traiter.
8. Assurer un équilibre d'humidité optimal de la plaie chirurgicale afin de favoriser la guérison en choisissant un pansement approprié pour les phases aiguë et chronique de la cicatrisation.

*Réévaluation :*

9. Déterminer l'efficacité des interventions et réévaluer la situation si la cicatrisation ne se produit pas aussi rapidement que prévu. Évaluer la lèvre de plaie et la vitesse de cicatrisation afin de déterminer si l'approche thérapeutique est optimale.





10. Envisager l'utilisation de thérapies auxiliaires et de pansements biologiquement actifs.

*Préoccupations organisationnelles*

11. Reconnaître que la cicatrisation d'une plaie chirurgicale nécessite un travail d'équipe.
12. Mettre en œuvre un programme de surveillance du champ opératoire qui dépasse les limites du milieu clinique.

## INDICATEURS

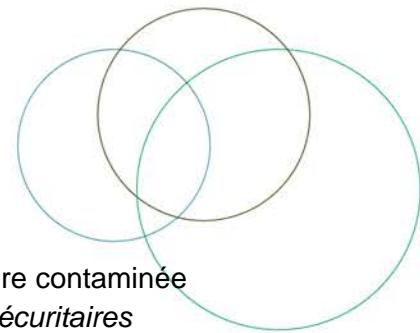
La mesure est au cœur de l'amélioration de la qualité, surtout lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des interventions. Les indicateurs choisis permettront de déterminer s'il y a des retombées (résultat principal), si l'intervention est bel et bien mise en œuvre (indicateurs de processus) et s'il y a des conséquences imprévues (indicateurs d'équilibrage).

Voici quelques indicateurs recommandés que vous pouvez utiliser au besoin pour suivre vos progrès. En choisissant vos indicateurs, envisagez les éléments suivants :

- Lorsque possible, utilisez des indicateurs dont vous vous servez déjà pour collecter des données pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs en fonction de l'utilité des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser l'utilité tout en minimisant les ressources.
- Essayez d'inclure des indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, il faut savoir que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité de vos résultats à d'autres.
- Afficher vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouverait pertinents et passionnants (IHI, 2012).

Pour en savoir plus sur la mesure visant l'amélioration, contacter l'équipe responsable des mesures de l'Institut pour la sécurité des patients : [measurement@cpsi-icsp.ca](mailto:measurement@cpsi-icsp.ca)





### Indicateurs de résultats

(Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! 2015)

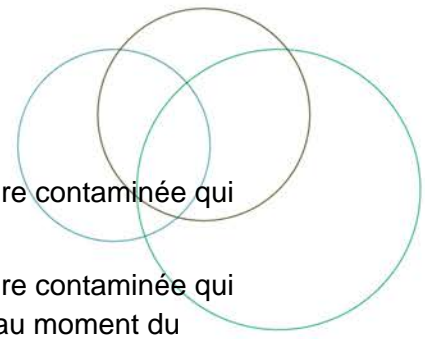
1. Pourcentage de patients opérés présentant une plaie propre ou propre contaminée ayant contracté une infection chirurgicale (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2014).
2. Pourcentage d'opérations présentant une infection chirurgicale.
3. Proportion d'infections du sang liées au cathéter central par 1 000 jours d'utilisation d'un cathéter (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2012).
4. Incidence d'isolats cliniques d'infection nosocomiale au SARM par 1 000 jours patients (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2010).
5. Incidence d'isolats cliniques d'infection nosocomiale aux ERV par 1 000 jours patients (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2010).
6. Incidence d'isolats cliniques d'infection nosocomiale aux entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) par 1 000 jours patients.
7. Incidence de résultats positifs aux tests de détection de toxines pour la diarrhée à *Clostridium difficile* (infection nosocomiale) par 1 000 jours patients (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* 2010).

### Indicateurs d'amélioration des processus pour les infections du site opératoire

(Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! 2014)

1. Pourcentage de patients présentant une plaie propre ou propre contaminée auxquels on a administré rapidement une antibioprofylaxie.
2. Pourcentage de patients présentant une plaie propre ou propre contaminée auxquels on a cessé d'administrer une antibioprofylaxie appropriée.
3. Pourcentage de patients opérés chez qui l'on a procédé à une épilation appropriée.
4. Pourcentage de patients diabétiques ou opérés exposés à une glycémie élevée à la suite de l'administration contrôlée de glucose sérique postopératoire le jour de l'opération et les deux jours suivants.
5. Pourcentage de patients opérés présentant une plaie propre ou propre contaminée qui font de la normothermie au cours du quart d'heure précédant la fermeture de la peau ou à leur arrivée à l'Unité des soins post anesthésie.
6. Pourcentage de patients présentant une plaie propre ou propre contaminée qui se sont lavés avant l'opération avec du savon ou un agent antiseptique.
7. Pourcentage de patients opérés présentant une plaie propre ou propre contaminée ayant fait l'objet d'un lavage peropératoire sur la peau intacte.
8. Pourcentage de patients présentant une plaie propre ou propre contaminée qui reçoivent deux grammes de céfazoline comme antibioprofylaxie.





9. Pourcentage de patients opérés présentant une plaie propre ou propre contaminée qui reçoivent une nouvelle dose appropriée d'antibioprophylaxie.
10. Pourcentage de patients opérés présentant une plaie propre ou propre contaminée qui manifestent des signes ou symptômes d'infection du site opératoire au moment du congé ou avant ce dernier.
11. Pourcentage de patients opérés présentant une plaie propre ou propre contaminée qui reçoivent une sélection appropriée d'antibioprophylaxie (facultatif).

### **Indicateurs d'amélioration des processus pour les infections liées au cathéter central**

(Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! 2012)

1. Conformité à l'ensemble de mesures liées à l'insertion du cathéter :
  - a. Hygiène des mains.
  - b. Les précautions de barrière maximale.
  - c. La désinfection cutanée à la chlorhexidine.
  - d. La sélection optimale du type de cathéter et du site d'insertion.
2. Conformité à l'ensemble de mesures liées à l'entretien du cathéter central :
  - a. Évaluer quotidiennement si le cathéter est toujours requis et retirer rapidement les cathéters qui ne le sont plus.
  - b. Accès aseptique aux lumières du cathéter.
  - c. Soins liés au site d'insertion et entretien des tubulures.

### **Indicateurs d'amélioration des processus pour l'hygiène des mains**

(Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! 2010)

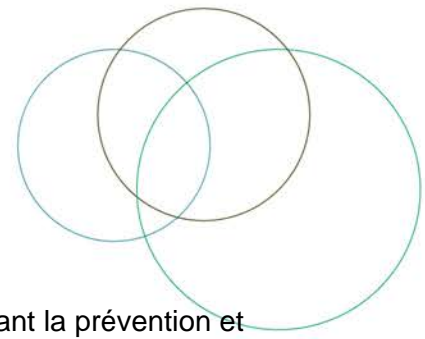
1. Pourcentage de cas où une hygiène des mains appropriée a été utilisée.

### **Indicateurs d'amélioration du processus pour les soins de plaies**

(Orsted et coll., 2010)

1. Pourcentage de patients assujettis à une évaluation du risque lié à la cicatrisation d'une plaie chirurgicale.
2. Pourcentage de patients qui ont été assujettis à un plan de traitement personnalisé visant à éliminer ou à atténuer les facteurs de risque.
3. Pourcentage de patients/membres de la famille/aidants qui ont été sensibilisés à la cicatrisation des plaies chirurgicales.
4. Pourcentage de patients chez qui une plaie chirurgicale a été évaluée et consignée à compter de 48 heures après l'opération.
5. Pourcentage de patients chez qui l'on a mis un pansement approprié pour la phase aiguë de la cicatrisation de la plaie chirurgicale.





## NORMES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

### D'Agrément Canada pratiques

Les normes d'Agrément Canada comprennent plusieurs exigences concernant la prévention et le contrôle des infections, notamment : informer les clients sur la manière de se protéger contre les infections, mener des évaluations des risques, utiliser des cartes de soins ou des directives relatives à l'intervention, observer les pratiques courantes, administrer des antibiotiques prophylactiques, prendre des précautions contre la transmission par voie aérienne, par gouttelettes et par contact, procéder au retraitement.

### Pratique organisationnelle requise

Observation des règles relatives à l'hygiène des mains : Nécessite l'évaluation de l'observation des pratiques acceptées en matière d'hygiène des mains.

## ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

[Alertes mondiales sur la sécurité des patients](#) offre l'accès et la possibilité d'apprendre de d'autres établissements sur des accidents spécifiques liés à la sécurité des patients, y compris des alertes, des avis, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des accidents destinés aux prestataires et aux établissements de santé. L'apprentissage de l'expérience des autres établissements peut accélérer l'amélioration.

### Termes de recherche recommandés :

- Infection
- Réaction inflammatoire
- Complication postopératoire
- Infection de la plaie
- Infection d'une plaie chirurgicale
- Infection du site opératoire
- Infections dues aux prothèses

## EXEMPLES DE RÉUSSITES

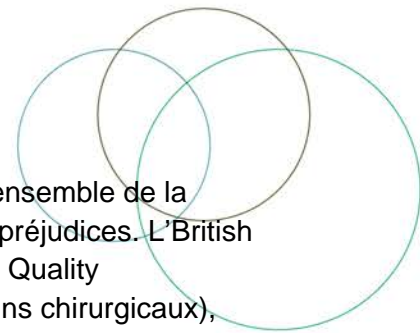
### British Columbia Patient Safety and Quality Council

La Trousse En avant (2014) sur les infections du site opératoire *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* exerce une énorme influence sur la sécurité des soins chirurgicaux. Les équipes chirurgicales peuvent consulter la trousse et utiliser les renseignements qui y sont fournis. La mise en œuvre de soins chirurgicaux sûrs varie d'un hôpital à l'autre et il incombe à l'équipe chirurgicale de déterminer la façon de procéder et les personnes chargées des différentes tâches. « La Trousse En avant expose les données probantes, mais nous laissons aux équipes de première ligne le soin de déterminer la façon de procéder, parce que ce sont elles qui détiennent les connaissances », de dire Marlies van Dijk, (ancien) directrice, amélioration clinique (British Columbia Patient Safety and Quality Council).



## RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

### Infections post-intervention



La prévention des infections du site opératoire constitue une priorité dans l'ensemble de la Colombie Britannique et la culture est un facteur essentiel de réduction des préjudices. L'British Columbia Patient Safety and Quality Council coordonne le National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP – programme national d'amélioration des soins chirurgicaux), une initiative dirigée par des chirurgiens où 24 hôpitaux utilisent un moyen d'évaluation rigoureux pour examiner les résultats chirurgicaux adaptés au risque afin d'aider à promouvoir ce changement de culture. L'initiative est axée sur l'hôpital ou l'unité en tant que système d'apprentissage et procède à l'examen constant du processus et des données sur les résultats afin de susciter l'amélioration.

Du fait que la plupart des infections surviennent après le congé, la pierre angulaire du programme consiste en un examen et un suivi, pendant 30 jours, du dossier des patients ayant subi une intervention. L'analyse du NSQIP concernant 19 hôpitaux de la Colombie Britannique sur 24 a cerné des domaines d'amélioration et montré la possibilité de réaliser des économies allant de 7 700 à 31 000 jours patients par an dans l'ensemble de la province.

Le British Columbia Patient Safety and Quality Council est en train d'établir une culture de la sécurité visant à réduire les infections du site opératoire. Les stratégies efficaces mettent l'accent sur la responsabilité des personnes chargées des soins de première ligne et des soins cliniques. Le transfert de la responsabilité et de la prise de décision aux personnes chargées des soins de première ligne est essentiel à l'amélioration des résultats.

[Traduction] « En examinant l'aspect adaptable des soins cliniques, nous pouvons prendre en main les taux d'infections du site opératoire, » selon Marlies. « Nous devons aborder les soins chirurgicaux sécuritaires différemment et mettre l'accent sur la culture, le leadership et la participation. Nous avons envers nos patients l'obligation de nous assurer que des pratiques exemplaires sont fournies, et cette approche est très faisable. » (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, Document d'une seule page, 2014.)

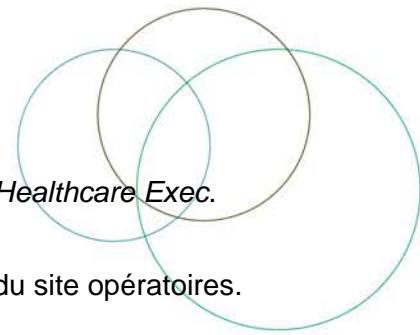




## RÉFÉRENCES

- Anderson DJ, Podgorny K, Berrios-Torres SI, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014; 35 (6): 605-627. doi: 10.1086/676022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267723/>
- Auerbach A. Chapter 20: Prevention of surgical site infections. In: Shojania K, Duncan B, McDonald K, Wachter RM, eds. Evidence Report/Technology Assessment no 43. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001: 221-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26966/>
- Cataife G, Weinberg DA, Wong HH, et al. The effect of Surgical Care Improvement Project (SCIP) compliance on infection du site opératoire (SSI). *Med Care.* 2014; 52 (2 Suppl 1): S66-S73. doi: 10.1097/MLR.000000000000028.
- Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Prophylaxis against infective endocarditis: Antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. NICE Clinical Guidelines, No. 64. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (UK); 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg64>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !* Système de mesure sur la sécurité des patients. 2016. <https://psmetrics.utoronto.ca/metrics/WorksheetPreview.aspx>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !* Prévention des infections liées au catheter central (CIC): Trousse En vant. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/cli-resources-getting-started-kit.aspx>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !* Prévention des infections du site opératoire (ISO): Trousse en avant. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2014. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/ssi-resources-getting-started-kit.aspx>
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Prévention des infections du site opératoires: Document d'une page. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2014. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsResources/Pages/SSI-resources-Getting-Started-Kit.aspx>
- Habib G, Hoen B, Tornos P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. *Eur Heart J.* 2009; 39 (19): 2369-2413. doi: 10.1093/eurheartj/ehp285. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/30/19/2369.long>
- Health Care For All. Ginny's Story. *Health Care For All*; 2008. [https://www.youtube.com/watch?v=s5x1f3\\_NJX8](https://www.youtube.com/watch?v=s5x1f3_NJX8)





- Hussaini A, Martin J. Preventing infection after hip and knee replacements. *Healthcare Exec.* 2013; 28 (5): 68-70.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Prevent infection du site opératoires. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.  
<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventsurgicalsiteinfection.aspx>
- IHI. How-to Guide: Prevent infection du site opératoire for hip and knee arthroplasty. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.  
<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventssiforhipkneeearthroplasty.aspx>
- IHI. One is too many: viewing infection data from the patient's perspective. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.  
<http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/OnelsTooManyViewingInfectionDatafromPatientsPerspective.aspx>
- IHI Improvement Map. Infection prevention. <http://app.ihl.org/imap/tool/#Process=33ad5993-cbdb-47c1-8013-35c6d4f1f9d7>
- Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections on the 1990s: Attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999; 20 (11): 725-730.
- Martone W, Nichols R. Recognition, prevention, surveillance, and management of infection du site opératoires: Introduction to the problem and symposium overview. *Clin Infect Dis.* 2001; 33 (Supp 2): S67-68. [http://cid.oxfordjournals.org/content/33/Supplement\\_2/S67.long](http://cid.oxfordjournals.org/content/33/Supplement_2/S67.long)
- Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, et al. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation.* 2008; 118 (8): 887-896. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190377.  
<http://circ.ahajournals.org/content/118/8/887.full.pdf>
- Orsted HL, Keast DH, Kuhnke J et al. Best practice recommendations for the prevention and management of open surgical wounds. *Wound Care Canada.* 2010; 8 (1): 6-34.  
[http://cawc.net/images/uploads/wcc/8-1-WCC\\_Vol\\_8\\_No1.pdf](http://cawc.net/images/uploads/wcc/8-1-WCC_Vol_8_No1.pdf)
- Parvizi J, Gehrke T, Chen AF. Proceedings of the International Consensus on periprosthetic joint infection. *Bone Joint J.* 2013; 95-B (11): 1450-1452. doi: 10.1302/0301-620X.95B11.33135. [https://www.efort.org/wp-content/uploads/2013/10/Philadelphia\\_Consensus.pdf](https://www.efort.org/wp-content/uploads/2013/10/Philadelphia_Consensus.pdf)
- Public Health Agency of Canada. Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in healthcare settings. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2012. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/aspc-phac/HP40-83-2013-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP40-83-2013-eng.pdf)





## RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Infections post-intervention

Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, et al. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to develop guidelines on the management of adults with congenital heart disease). *Circulation*. 2008; 118 (23): e714-833. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190690.  
<http://circ.ahajournals.org/content/118/23/e714.full.pdf>

## RESSOURCES RELATIVES AUX INFECTIONS POST-INTERVENTION

(\* ressources clés recommandées par le docteur Claude Laflamme)

### Associations professionnelles et sites Web utiles

- Institut canadien pour la sécurité des patients, Infection du site opératoire  
[http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/Topic/Pages/Surgical-Site-Infection-\(SSI\).aspx](http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/Topic/Pages/Surgical-Site-Infection-(SSI).aspx)
- Centers for Disease Control and Prevention, Infection du site opératoire (SSI)  
<http://www.cdc.gov/HAI/ssi/ssi.html>
- Institute for Healthcare Improvement, Infection du site opératoire  
<http://www.ihl.org/topics/ssi/pages/default.aspx>

### Lignes directrices de pratique clinique concernant les infections post-intervention

\*Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, et al. Strategies to prevent infection du site opératoires in acute care hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014, 35 (6): 605-627. doi: 10.1086/676022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267723/>

Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health Syst Pharm*. 2-1-2013; 70 (3): 195-283. doi: 10.2146/ajhp120568. <http://www.ajhp.org/content/70/3/195.long>

\*Chow AW, Evans GA, Nathens AB, et al. Canadian practice guidelines for surgical intra-abdominal infections. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2010; 21 (1): 11-37.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852280/>

\*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Prévention des infections du site opératoire (ISO): Trousse En avant. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2014.  
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/ssi-resources-getting-started-kit.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Prevent surgical site infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.  
<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventsurgicalsiteinfection.aspx>

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of infection du site opératoire, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control*. 1999; 27 (2): 97-132.  
[http://www.cdc.gov/hicpac/SSI/001\\_SSI.html](http://www.cdc.gov/hicpac/SSI/001_SSI.html)





NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. *NICE guidelines* [CG74]. 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74>

Parvizi J, Gehrke T, Chen AF. Proceedings of the International Consensus on periprosthetic joint infection. *Bone Joint J.* 2013; 95-B (11): 1450-1452. doi: 10.1302/0301-620X.95B11.33135. [https://www.efort.org/wp-content/uploads/2013/10/Philadelphia\\_Consensus.pdf](https://www.efort.org/wp-content/uploads/2013/10/Philadelphia_Consensus.pdf)

### Ressources supplémentaires concernant la prévention des infections post-intervention

Preventing infections associated with indwelling intravascular access devices. *Can Commun Dis Rep.* 1997; 23 (Suppl 8): 1-32.

[http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071220235654/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8/iiaidinde\\_e.html](http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071220235654/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8/iiaidinde_e.html)

Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, et al. Strategies to prevent infection du site opératoires in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29 (Suppl 1): S51-S61. doi: 10.1086/591064.

\*Baddour LM, Epstein AE, Erickson CC, et al. Update on cardiovascular implantable electronic device infections and their management: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2010; 121 (3): 458-477. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192665. <http://circ.ahajournals.org/content/121/3/458.long>

Davis PJ, Spady D, de Gara C, Forgie SE. Practices and attitudes of surgeons toward the prevention of infection du site opératoires: a provincial survey in Alberta, Canada. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29 (12): 1164-1166. doi: 10.1086/592699.

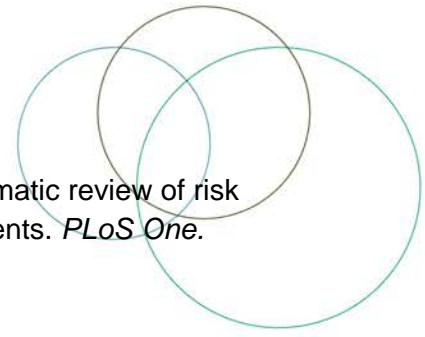
Dolan SA, Felizardo G, Barnes S, Cox TR, Patrick M, Ward KS, Arias KM. APIC position paper: safe injection, infusion, and medication vial practices in health care. *Am J Infect Control.* 2010; 38 (3): 167-172. doi: 10.1016/j.ajic.2010.01.001. [Erratum, *Am J Infect Control.* 2010; 38 (6): 448].

Eskicioglu C, Gagliardi AR, Fenech DS, et al. Infection du site opératoire prevention: a survey to identify the gap between evidence and practice in University of Toronto teaching hospitals. *Can J Surg.* 2012; 55 (4): 233-238. doi: 10.1503/cjs.036810. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404142/>

Gagliardi AR, Eskicioglu C, McKenzie M, Fenech D, Nathens A, McLeod R. Identifying opportunities for quality improvement in infection du site opératoire prevention. *Am J Infect Control.* 2009; 37 (5): 398-402. doi: 10.1016/j.ajic.2008.10.027.

Kamel C, McGahan L, Mierzwinski-Urban M, Embil J. Preoperative skin antiseptic preparations and application techniques for preventing infection du site opératoires: a systematic review of the clinical evidence and guidelines. Ottawa, ON: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174549/>





Korol E, Johnston K, Waser N, Sifakis F, Jafri HS, Lo M, Kyaw MH. A systematic review of risk factors associated with infection du site opératoires among surgical patients. *PLoS One*. 2013; 8 (12): e83743. doi: 10.1371/journal.pone.0083743.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867498/>

Osmon DR, Berbari EF, Berendt AR, et al. Diagnosis and management of prosthetic joint infection: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2013; 56 (1): e1-e25. doi: 10.1093/cid/cis803.

<http://cid.oxfordjournals.org/content/56/1/e1.long>

Watters WC III, Baisden J, Bono CM. Antibiotic prophylaxis in spine surgery: an evidence-based clinical guideline for the use of prophylactic antibiotics in spine surgery. *Spine J*. 2009; 9 (2): 142-146. doi: 10.1016/j.spinee.2008.05.008.

